財團法人國家衛生研究院
「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」論壇
第一次會議紀錄-建立藥價差處理機制

時間：108 年 10 月 9 日(星期三)下午 2 時整

地點：集思台大會議中心柏拉圖廳(台北市羅斯福路 4 段 85 號 B1)

主席：本論壇召集人李教授玉春　　紀錄：江心怡

出席人員：詳簽到單

壹、主席致詞

一、感謝各位出席本論壇，共同參與健保藥品給付及支付制度改革規劃的討論。明年健保即將滿 25 週年，過去在健保推動過程，產官學界各方曾共同參與建置周延且永續發展的健保制度，讓有限的資源用在刀口上。今天有機會再次邀集各方代表，共同思考如何用這有限資源為民眾買到更多健康，這涉及新藥、新科技引進，藥品價格、藥價差以及雲端藥歷等議題。

二、本論壇的特色是先由學界及行政單位共同組成工作小組，將健保藥品給付及支付制度之沿革重新歸納整理，同時也進行國際間藥品制度之比較，從中發現自我優點，也借鏡可改善之處，據以草擬可討論之議題及方向。為求討論之周延，亦向核心專家請益，使論壇討論內容更能聚焦。本論壇會議更是集合學者專家、付費者、病友團體、醫界、藥界以及藥品產業等代表，共同討論健保藥品給付與支付的議題。

三、健保藥品給付與支付欲討論的議題很多，但基於研究時間，我們選擇較重要議題先行研議。本次論壇會議不會將全部議題討論完畢，因為內容太多，未來會再逐一進行論壇會議。因此，今天先就「藥價差處理機制」之議題，就教於各位，聚焦討論，

至於其他議題包括新藥引進的程序及資源配置、藥品支付標準改革與部分負擔改革等，將再擇期開會。

貳、國家衛生研究院吳主任秘書秀英致詞

一、感謝各位貴賓的參與。國衛院之所以主辦這論壇，主要是因為部長希望國衛院以中立的立場，邀集大家共同討論，建立共識。由於國衛院過去對這領域不太熟悉，因此，部長特別邀請李玉春教授擔任召集人，邀請具有實務經驗的陳尚斌與曲同光等專家學者，與衛福部社會保險司、健保署及國衛院組成團隊，草擬方案。

二、本論壇與會貴賓，除了專家學者代表外，尚有醫界團體代表、藥業團體代表、付費者代表以及病友團體代表。如會議安排或聯繫上，有不周延之處，敬請指教，感謝各位之參與。

叁、報告事項：「全民健康保險藥品給付及支付制度改革方向」規劃進度報告(略)

肆、討論事項：建立藥價差處理機制案，提請討論。

結論：

一、感謝各位寶貴建議，對於建立藥價差處理機制，是要就現有狀況作改變，讓藥價差未來能做更好的運用。以過去經驗，當健保財務遇到困難時，付費者常常提到應先處理藥價差再調升費率。未來兩年後，也可能要面對健保財務危機等問題，因此需要更多努力，研議藥價差之議題。

二、本論壇的初步規劃方向，日前已向部長報告過。部長希望健保能有一中長期(例如六年)規劃，每年總額協商時，根據這些規劃內容，導入費用，逐步落實。因此，本論壇就是一個很好的開始，不管日後制度會如何推動、改革，至

少我們為了未來改革先鋪好一條路，創造對話機會，希望大家眾志成城，讓制度變得更好。

三、今天大家提的問題大部分都有回應，但有關支付制度改革及醫藥分業之議題，可能要在別的場合，另外再來討論比較適合。本論壇還會繼續邀請各界提供建言，並將所有建議整理歸納，提供衛福部作政策決定。

<彙整本議題各界所提重點，詳附件。>

<與會團體發言重點摘要，詳附錄。>

肆、臨時動議：無

伍、散會：下午 5 點 30 分

附件　綜整各界對「建立藥價差處理機制」之建議

一、整體：對於健保藥價差逐漸擴大之情形，確有必要加以處理，且支持調升專業服務費用。

二、各策略之重點：

（一）策略一：「導入醫院claw-back機制，回收部分藥價差利潤」：

1. 學者專家、醫界及付費者均有代表支持策略一。
2. 醫界所提附帶建議：醫師公會全聯會代表認為若施行本策略，須確保回收金額回饋至專業服務點值；社區醫院協會代表提出折付比率要精確反映藥價差；醫學中心協會代表建議增加健保資源的投入；藥師及醫師公會全聯會代表均建議健保署追蹤物流廠商價格，加入藥價調查對象。
3. 藥界建議對於策略一之運作機制，仍須深入瞭解，希望國衛院能對藥界再做說明；另建議應先訂定合理藥價差比率（R-zone）。

（二）策略二「試辦個別醫院藥費直接支付廠商之可行性」：

1. 台灣社區醫院協會認為策略二將導致醫療服務提供者沒有議價誘因，故不贊成。
2. 藥師公會全聯會建議若要試辦策略二，可將社區藥局納入試辦範圍。
3. 台灣藥品行銷暨管理協會支持策略二。

三、其他建議：

（一）中華民國醫師公會全國聯合會建議由健保署直接經營藥局。

（二）台灣社區醫院協會建議「多元藥價制度」。

（三）中華民國西藥代理商業同業公會建議「三合一藥價支付制度」。

附錄　「全民健康保險藥品給付及支付制度改革」論壇
第一次會議-建立藥價差處理機制
與會團體發言重點彙整

中華民國醫師公會全國聯合會

一、很高興研究團隊能重視藥價差問題，但是在收集、比較各國藥費管控方式時，亦應瞭解該國醫療服務支付方式，包含診療費、手術等項目，是否與我國健保總額支付制度一樣，藥品每點一元，醫療服務採浮動點值。當藥費持續成長時，在總額預算下，就是減少醫療服務費用（點值打折）。

二、健保雖有很多機制讓藥價更透明，但若欲將藥價差回饋到付費者、政府及健保基金，這對醫療專業服務是不公平的。醫療也是一種產業，包含醫療提供者與藥界等，台灣物價成長高，但醫療產業的成長卻是偏低，自費市場較多的科別，例如牙醫、醫美，其成長率都遠高於健保服務。若一味壓抑健保費用的成長，在醫療產業的營運上，更是困難。另，當藥價差被拿走時，醫院之營運問題亦應審慎考量，是否應回饋醫療服務的醫療點值等都需討論，使制度更為完整。

三、針對本議題提出第三個策略供參考：即由健保署直接經營藥局，將稀少、不合成本或流通性不高的藥物，或在藥局不夠普及的地區，由民眾可持處方箋到健保署直營藥局領藥，就沒有任何藥價差、回扣、耗損或不敷成本等問題。

四、外界對於「醫療院所會因為藥價差而換藥」之說法，其與基層診所實務經驗不符。由於台灣醫療服務密集度高，基層診所會避免因換藥而使病人流失的情形發生，而且也會配合醫院下轉病人，開立相同的原廠藥。雖然基層診所的議價能力及庫存管理可能不如醫院，但仍請藥業團體對診所的售價不要高於健保支付價格。

五、本論壇研究議題，以「如何抑制藥物浪費」為最重要，目前大都從醫療服務供給端著手，但無論是醫療服務提供者、醫師自省，或雲端藥

歷，都缺乏有效市場機制，建議：

（一）在部分負擔方面：

1.可參考與我國國情相同的日本及韓國，實施定率部分負擔。至於弱勢族群之部分負擔，可另行考量，或由社會服務範疇、社會公益團體等予以補足，不宜全由健保來負擔，以建置完善的社會福利制度。

2.對於重大傷病卡的取得，應與經濟狀況或失能程度有關。對於重大傷病而無法工作及負擔家計者，才須由健保分擔其財務風險，故在部分負擔之設計，應要有所不同。

（二）在藥價管理方面:

1.每年健保耗用前 100 名者，多數享有高藥價，但卻已過專利保護期，建議思考讓同性質或同期藥品，在納入給付一段時間後，須將藥價調降至某一水平(有別於現在三同政策)。

2.目前藥費支出目標制(DET)之設定，未考慮人口老化及民眾健康需求。

3.目前新藥核價較高，除參考十國價格外，新藥的折扣亦應比各國低，不應只給新藥空間，對於舊藥亦應要有生存空間，建議應整體考量。

台灣社區醫院協會

一、台灣社區醫院協會自 104 年就提出「多元藥價制度」，係希望能削減各層級醫院不合理的藥價差。然根據議程表二的資料，地區醫院藥價差最高、醫學中心最低，似乎地區醫院應要被檢討，但其與經驗法則不同，建議應拿出貼近事實的數字，不宜以平均值來看，以免扭曲現況。

二、台灣社區醫院協會所提之「多元藥價制度」，在管理層面上，分三或四個層級，雖然較為複雜，健保署行政負擔大，但對醫院就比較單純，希望能考慮多元藥價制度。

三、對本議題之建議：

（一）策略一：參考英、德等國家經驗，導入醫院藥品 Claw-back 機制，

回收部分藥價差利潤。

1.本策略較為可行，但藥費折付比率必須要能確實反映藥價差。依據表二，如果層級間醫院藥價差約差 4%，折付比率若僅設定在 1-1.5%之間，肯定無法反映隱藏的藥價差。

2.本策略係透過藥費之折付，平衡醫療服務之點值，但總額係由全民健康保險會（以下稱健保會）協定及分配，有可能產生設計規劃與與執行脫節，例如今年總額協商就有委員認為要把藥費返還金額使用於新醫療科技項目，因此如何落實本策略之執行，是很重要的。

（二）策略二：試辦個別醫院「藥費直接支付廠商」之可行性

1. 不贊成策略二的方式。

2.就韓國經驗，韓國健保採實際交易價(ATP, Actual Transaction Price)支付，其支付價就很接近上限價，醫療院所無議價的動力。

3.台灣健保之所以藥價控制很低，部分原因來自於醫療院所努力議價的結果，但若直接支付廠商，醫療院所就沒有議價的誘因。如果政府或健保署直接與廠商議價，依照國際經驗，不認為政府有這能力，加上德國之前的經驗，認為策略二較不可行。

4. 另如策略二經評估行政上可行的話，那「多元藥價制度」所產生行政的困難，亦應可被克服，且該制度更能精確反映實際藥品交易價格。

四、對於「醫院因為藥價差而選擇低價藥品，造成醫療浪費」的說法，除少數病人在還有藥品情形下，要求醫師再開藥而造成浪費外，健保署對慢性病重複用藥有相關管理機制；又醫師參與藥品採購時，還是以療效與品質為重，又若將原廠藥改為學名藥，也是在醫師同意或經過食品藥物管理署（以下稱食藥署）證明療效相同才會更換。不樂見外界將少數個案作為通案來討論，或把藥價差的問題歸咎於醫師開藥的行為。

五、對於其他議題之建議：

（一）有關新藥引進速度之議題，對於「新藥使用衍生之財務責任應由誰承擔?」，應納入考量，因其亦涉及新藥引進之速度。

（二）對於改革藥品部分負擔之可行性，健保部分負擔的設計有很重要的目的，是為了引導民眾分級醫療，故就整體部分負擔制度來討論。

（三）目前很多物流商同時也是藥品供應商的角色，但健保署在藥價調查時，未列入調查對象。建議健保署在行政上應對物流商有所管理。

台灣醫學中心協會

一、今天的討論似乎把所有問題都用藥價差作為答案，這對醫療機構是不公平。醫院為永續經營而降低成本，但不會為了降低成本而影響病人服務品質，就如同健保署用醫院議價能力來控制藥品成本在合理範圍內的道理是一樣的。

二、今天不是藥價差造成新藥無法引入或藥業經營困難的原因，而是健保資源的投入不足。在參考各國藥品政策的同時，亦應比較各國醫療保健支出占 GDP 的比率。

台灣醫院協會

一、藥費的成長，不單只是價格問題，還有老年人口、重病病人的增加（尤其癌症）等。在藥品總額下（DET），每年超出目標值的額度，下一年度調降藥價。當價格調得太低，藥品就退出市場，現在還要用 109 年醫院總額的醫療服務成本改變率（MCPI）的預算（20 多億），提高基本價，這合理嗎？

二、另就表二醫院層級間的藥價差之比較，應就學名藥與進口藥分析其藥價差，並評估實施三同後的影響等，而造成很多原廠藥價格降到樓地板價的問題。

中華民國藥師公會全國聯合會

一、目前在健保藥價調整後有兩個現象，一個是醫療院所常會更換不同廠牌的藥品，站在第一線藥師立場，希望病人能夠繼續使用原本廠牌的藥品，不要影響治療療程的穩定性。另一現象是社區藥局的藥品採購，有越來越多藥品進價比健保支付價高，雖然健保署有建立回報機制，但有些仍高於健保支付價。

二、對於本議題之建議：

（一）由於醫療院所的採購行為複雜，例如有些醫院成立控股公司作盤商，藥價差是落在盤商上，這無法從藥價調查資料中反映出藥價差，才會有各層級藥價差的數字與經驗法則有落差的現象。故不論策略一或二，是沒有真實藥價差的數值可提供。

（二）對於策略二「藥費直接支付廠商」，建議考慮將社區藥局納入設計中。

（三）另對於健保藥價的調整，是否應由醫療院所做議價，還是另有其他措施，如 R-zone 措施調降現有市場價格。策略一或二，皆隱含醫療院所議價的行為，主體仍在於個別醫院的議價能力，又因各醫院訂定折付比例不同，影響議價、Claw back。

三、國際上多數國家都已施行醫藥分業，透過醫藥分業才可以將藥價差真實的數據呈現，建議我國應盡快落實醫藥分業。

四、另依據國際經驗，英國、歐洲國家實行 Claw back 制度，是有抽查物流體系的藥價。為避免制度設計的漏洞，建議應建立對物流廠商價格的追蹤，以訂定合理折付制度，才是解決方案。

五、有關學名藥之替換，不論 INN prescription 或藥師依照學名成分別處理，都會影響藥品採購策略，並且解決醫療院所頻繁換藥的問題，社區藥局反而可以讓療程持續進行。

台灣研發型生技新藥發展協會

一、台灣整體醫療支出低於其他所得相近的國家，且近年來藥費占醫療費用的比率無大幅變化，其顯示健保在藥價控管很有成效，但在低價策略下，是否反映藥物、民眾使用藥物的態度，尤其是重大傷病，再來

探討藥品政策之問題，而不只是如何控制藥價。建議從不同方式、用藥權利，探討未來新藥引進有無其他方式，有新的思考策略。

二、1995 年日本解決藥價差問題，有很多的配套。藥價差與藥價制度是一體的，在現有結構下，其動態平衡在各家醫院、藥廠。以降價來解決藥價差，再加上醫院的議價能力，對研發型產業造成很大壓力。就如同日本工商會所提，希望醫院放棄議價，但有議價獎勵金的設計。

三、藥價差問題錯綜複雜，涉及醫院議價與廠商銷售行為，也與醫藥分業制度有關。若撇開醫藥分業，只談藥價差，很多問題最終承受者還是製藥產業，希望可以多討論。

四、討論藥價差或新藥給付，都是老問題，不能只是思考 HTA、控制藥價，或其他國家成本控制，建議應從不同角度切入，例如改變處方行為、增進民眾用藥權利，來探討未來新藥引進之政策以及其他可改進的方向。

中華民國開發性製藥研究協會

一、希望能多瞭解本議題所提策略一及策略二之執行細節，以利判斷能否解決藥價差問題，或提出其他建議。

二、另提供下列三項建議，供參：

（一）建議政府提高整體醫藥投資比率，把餅做大，才能解決財務問題，並有利於後續其他議題的討論。

（二）目前因醫療服務支付真的偏低才會衍生相關的問題，因此須先回歸醫院與醫師專業服務的相關回饋。

（三）日本成功經驗就是提高醫療相關服務支付標準，以及落實醫藥分業，並同時增加整體醫藥投資比率（把餅作大），才能完全涵蓋今天討論的問題。

台灣藥品行銷暨管理協會

一、1995 年實施全民健保，當時的立法原意是認為藥品是沒有利潤的，不同於公勞保時代有其他利潤，可以說沒有要醫院去議價，因此要回歸機制。故贊成「策略二」，試辦醫院藥費由健保署直接支付給廠商。

二、目前仍有部分指示用藥，健保仍在給付，其與健保法規定不同，是否應貫徹執行。

三、各國實施醫藥分業制度，亦為我國學習之處，尤其是日本、韓國，不能只學習一部份，應全面參考。另落實醫藥分業策略之一，就是提高處方箋釋出率，例如每年提高 5%，幾十年後就慢慢醫藥分業了。因此建議研究單位，參考國際經驗不能只單看某個部分，整體制度面也應納入參考。

四、另三同制度下，亦應考量消費者的心態，不論是原廠藥或學名藥，只要有建立品牌就是品質的保證。對於不願意建立品牌的藥廠，很難相信其品質，所以反對成分別訂價。

中華民國西藥代理商業同業公會

一、在談利潤的問題，先釐清健保藥價差是人民公共財，應該合理控制。另外缺藥、斷藥的事件，也很少被討論。對於藥品的退場，現在很多藥品不敷成本，無法製造或進口，但其影響民眾用藥品質安全。因此，建議學名藥應要有合理價格的空間，不是讓藥價差擴大，台灣應該要逐漸步入單一支付價。

二、贊成藥物流通的管理，不分台廠、進口，都在同一個管理模式下。

三、本協會贊成合理藥價控制，並提出「三合一」架構，其保護業界生存、醫界生存、民眾用藥安全，對醫院、藥商與民眾都有利。另藥價持續下降，其不利於藥品在市場的生存以及品質，故建議訂定合理藥價差，R-zone 由 15%逐年減少。這對民眾有保障，健保公共財得到合理支出，醫院也有合理利潤。

台北市西藥代理商業同業公會

一、誠如社區醫院協會代表所講沒有醫師會因為藥價差而開藥，相同地，也沒有藥商想要主動提供藥價差給醫療單位，所以「合理藥價差」是真議題或假議題？

二、健保署運用市場自由議價機制，以及三同方式，讓專利藥及逾專利藥品藥價差合理平衡，最近又加上專利連結。

三、政策執行要有配套措施，例如：各醫療院所，專利藥品的處方比例、逾專利藥品之市場占率等，應設定明確比例。

四、在藥價差的處理，不宜只分專利、非專利，或罕藥、癌症用藥、B 肝藥品等，由於每個藥品製造取得都不同，應該要以更公平方式對待所有藥品提供者，讓藥業能取得共識。

五、詳會後書面資料，第 1 頁。

中華民國學名藥協會

一、無論是策略一或策略二，要看是依廠牌別或成分別訂價。兩者訂價方式，在策略二模擬結果會有不同，故如何確定原來藥價差的數字？用過去經驗值，或假設未來的情形？若是依照品牌別，是否未來都要固定買同一品牌?在這些假說都沒有設定之下，討論這兩個策略都是不可行的。

二、所謂退場機制應該是品質不良的退場機制，而不是學名藥或價格低，品質就不好。健保給付有市場機制在、市場交易有議價行為，今若不敷成本，醫院怎麼議價，廠商也不會降價；廠商有利潤，才會願意供貨，這並不會影響品質。所以退場機制應該談品質。再者，品質是由食藥署把關，如有問題，食藥署就應該把它下架，而不是現在所討論給付與否的問題。

台北市日本工商會

一、日本為縮小藥價差，也經過二、三十年的努力，這跟整個國家醫藥政策有關，須有完整配套措施，才能減少藥價差。例如：

（一）日本部分負擔 10%至 30%，其部分負擔的設計，會考慮到國民年齡、收入。因有部分負擔機制，所以藥價差的問題變成是國家，甚至政治上的議題。政府為讓醫院經營者放棄藥價差，所以大幅提高醫療服務點數，以及推廣醫藥分業等配套措施。

（二）為確實執行醫藥分業或真的減少藥價差，日本除規範醫院不得經營連鎖藥局外，透過支付制度的設計，提高醫療服務支付標準，鼓勵醫院處方箋釋出，讓醫院放棄藥價差利潤，而從其他方面獲利。若醫院欲掌握處方，則須管理很多藥品，管理費及人事費成本增加，反而對醫院經營者不利。

（三）另日本亦導入物流系統，完全阻斷廠商跟醫院議價的習慣，但有其配套措施；另外還有 R-zone，其與藥品價格環環相扣，因此需要一個完整的配套措施，才讓藥價差減少。

二、詳會後書面資料，第 2 頁。

台北市美國商會

一、要解決藥價差仍須回到醫院財務健全為前提。醫院為一產業，須有良好發展，以及確保永續經營，故需有完善財務規劃，這樣就容易解決藥價差問題。

二、本會議所提策略，有關策略二即是 ATP 加上醫院管理費，然至於策略一，希望能深入瞭解，其如何解決藥價差的問題。

三、對於大家所提醫師處方行為，可能影響病人權益等議題，本會長期支持醫藥分業。

歐洲在臺商務協會

一、藥價差近年來不斷擴大，已讓製藥業無法發展，尤其是跨國公司在台投資也很困難，建議政府應投入足夠的預算，以維持和培育一 Healthy Ecosystem。

二、有關控制藥價差的議題，支持政府對藥價差的管理、控制，以及全面檢討藥品政策，但對於策略一調整藥價差的方式，尚須再瞭解。

中華民國全國商業總會

一、中華民國全國商業總會自 2016 年即開始重視藥價差的問題，這影響全民用藥品質。基於本會立場，希望醫院產業及藥品產業都能蓬勃發展，如此全民健保才能永續。

二、日本商會所提日本縮小藥價差制度，似乎對醫界、藥界影響較少。建議健保署納入參考，期能在影響醫療產業最少的狀況下，使民眾用藥得到保障。

三、詳會後書面資料，第 3 頁。

財團法人癌症希望基金會

一、針對策略一，不影響民眾，就民眾立場，較為安心。

二、對於策略二，對民眾影響，是藥品部分負擔可能略微下降，但其醫院試辦之型態為何，是普通醫院或不同層級醫院試辦？以及是否衍生藥價差要民眾自費的問題等。期待未來有更公開、透明的方式，讓民眾瞭解，以掌握未來因應藥價差對民眾的影響。

三、詳會後書面資料，第 4 頁。

財團法人台灣癌症基金會

一、對於藥價差議題的討論及建議，希望都能以病人為中心作考量，並建立里程碑以及短中長期達成之目標，儘速完成體制上之調整，使病人用藥安全、權益，獲得最大保障。

二、先進所提台灣不是新藥第一個在上市的國家，這對病友團體而言，是很大的衝擊，尤其是癌症病人。若突破性新藥、創新藥物，無法及時使用或可近性不高，因病人生命是跟時間在賽跑，故其心理傷害是很大的。

財團法人中華民國消費者文教基金會

懇切呼籲醫界與主管機關、政府合作，共同與藥商商議合理藥價，以讓其他部門，無論醫療服務、人事費用，才可以提高支付，健保才會健全。

國立臺灣大學藥學專業學院沈院長麗娟

一、本論壇討論藥價差的議題並不是要做利益分配，而是因為有藥價差，對民眾影響最大的就是用藥安全。

二、個人贊成縮小藥價差，可學習的方法也有很多，例如日本的 R-zone。可設定低中高之 R-zone 範圍，針對個別醫院的 R-zone 給予診療費的加成獎勵，例如當醫院達到低 R-zone 範圍，就可大幅提高其診察費，若仍維持高 R-zone 範圍，診察費則不予調高。

三、有關新藥核價，涉及我國製藥產業或整體國家生技產產業之發展，若健保新藥以參考國際價格核價，即表示我國非第一個使用該新藥的國家，也不是世界上優先會使用新藥的國家，這非我們的目標。若是希望台灣可以是第一個使用有價值新藥的國家，民眾不用等待，那就須思考新藥核價的原則，是否一定要以其他國家來當參考值。以日本為例，該國是先依廠商訂價予以核價，隔年再大幅調整價格。

四、有關現有給付藥品之退場或再評估（Reassessment），也須思考。現行健保已給付之藥品，自納入給付後幾乎沒有退場，但新藥卻一直進來，目前健保藥品品項數已達一萬多項。建議可先評估 80%高費用藥品，尤其是已逾專利期之原廠藥，在我國仍佔很大比例。為讓新藥有預算可以使用，對於已逾專利期藥品，應鼓勵使用學名藥或相關退場機制，但這須要有政策。

五、另有關藥品產業發展一節，對於同成分不同廠牌，其價值是否不同?即使學名藥，也應該有品牌價值，那誰買單？若民眾願意買單，是可以被鼓勵、接受的，讓廠商投注更多成本在品質的保證，因此，差額負擔制度，也是未來可研擬的方向或政策。

馬偕紀念醫院血液腫瘤科張醫師明志

一、我國醫療保健支出佔 GDP 比率，實屬偏低，如何擴大預算，應為先決條件。弭平藥價差可能使醫院無法經營，除非調整整個體制，給予醫院合理的經營成本。

二、各層級院所藥品支付價應要相同，對於不同層級的任務，再由其他方式加值。

三、健保給付包山包海，存在有些不合理的浪費，建議應向民眾教育宣導珍惜健保資源。另對於重大傷病卡的病人免部分負擔一節，應要檢討。對於藥品退場機制，很重要，應授權給健保署去改變。

財團法人醫藥品查驗中心陳特聘研究員恒德

一、藥價差議題很重要，但仍須保留醫院議價的市場機制。適度給予議價誘因或獎金，但不是全部。醫院議價就是所謂再評估，逐年逐項再評估，只是有時候誘因太大，易使醫院會犧牲品質來換取醫院利益，因此誘因要適度控制。因此支持「策略一」，透過透明、公平之政策引導，將 Claw-back 的費用，導向更適合的項目，例如管理或服務費等。

二、除台灣外，多數國家的藥價都是表面價格，依據 WHO 2017 年所做統計，各國藥品真正的支付價比表面價格（listing price）平均低 25%。一旦台灣的支付價成為破盤價，藥商就會考慮延後新藥在台上市的時間，病人欲使用新藥就要等待。目前係以十大先進國差不多六成價格作為訂價，如表面價格（listing price）改為八成，但實際上支付六成，或許可改善前述問題。另議價成果可直接回饋全民。

三、詳會後書面資料，第 60 頁。

中臺科技大學醫療暨健康產業管理系陳兼任助理教授世雄

一、藥價差是社會觀感的問題，在立法院二代健保修法時，因藥價差與浪費的問題，所以藥品差額負擔制度修法沒有成功。現在藥品費用支出占醫療費用比率越來越高，其中包含藥品過度使用或浪費，若藥費得以管控，並將節省費用回歸醫療專業服務的點值提升，民眾也會受益。當浪費減少，所節省下的資源，回歸總額，加速新科技藥品的引進，很多重症病患或家屬願意提高部分負擔。

二、先建立藥價差管控機制，回歸醫療院所與藥品產業營運正常化，讓藥品回歸品質競爭而非價格競爭。

三、詳會後書面資料，第 73 頁。

王文德老師

一、藥品有買賣就會有價差，藥價差問題已討論了 19 年，至今仍未有結論。二代健保修法，在第 41 條及第 46 條內容中，從藥物給付項目及支付標準的訂定程序，到合理調整支付價格，以及第 62 條的超出藥費支出目標後之管控機制，這都是藥價差的處理機制。

二、建議應改革支付制度，以藥價調整方式解決藥價差是假議題，DET 制度迄今仍在試辦，近程目標可考慮正式實施 DET 制度（目前仍在試辦），讓藥價調整跟藥價支付脫鉤；中程目標，考量藥價差為公共財，應予以回收、獎勵，讓藥品支付價及採購價掛鉤；長程目標，則是將非專利藥品以成分別訂定支付上限價，修法規劃部分負擔的配套措施，才可以解決藥價差。

三、詳會後書面資料，第 79 頁。

中央健康保險署蔡副署長淑鈴

一、藥價差議題跟很多問題環環相扣，大家認為餅做大可以解決很多問題，

但餅是透過總額協商機制決定的。近年來總額預算成長率介於 4%至 5%之間，這相較於其他先進國家緩慢上升的成長率不算少，很快就要破 8 千億。在此成長速度下，健保財務馬上就要面臨難關，但政府還是沒讓醫療費用之成長率降低，顯示現在政府對於持續投入健康的決心不變。

二、總額合理分配是大家共同的責任，包括調整支付標準，也是大家協議定的，不是保險人自己決定。目前藥費已達 1900 多億，特別是與近年 C 肝藥、I.O. 藥品（免疫療法）或癌藥大量成長有關；藥價差也是存在的，這代表醫藥雙方耗費很多時間或成本在議價，爭取價差利潤。若將這議價成本簡化，回歸到專業服務上，就是我們樂見的。在總額支付制度上並沒有因為價差合或不合理而省錢，而是思考資源配置之適當性，至於是要放在藥價差或專業服務上，目的是希望讓整個生態系統能更合理和正常運作。

三、以參考國際價格訂價方式，因檯面價都是高的，無法看到真正價格，目前健保署也積極思考其應對方式，如簽訂藥品給付協議的還款方式，還款金額也是回到總額用於醫療支出，沒有收回來，這即是就資源分配角度考量。

四、1900 多億的藥費除單價高外，還有是數量很大造成的，量的合理與否，決定權就在於處方醫師，所以健保署投入雲端藥歷，希望減少重複用藥及不合理用藥。在此誠懇呼籲，儘管資源合理配置可能無法完美，但持續朝向合理資源配置，須要醫、藥界及健保署的共識共同推動。本論壇無非是希望尋找一個共識，從公共服務角度來看，資源不要花費在對病人沒有效益的地方，這是我們追求的目標。

召集人李教授玉春

一、本論壇不論是今天或後續會議，討論關於藥費如何適當支出，皆

希望能把錢用到刀口，買到更多健康，不是只談成本控制，而是在更高的價值這端。

二、有關「策略一：導入醫院藥品 Claw-back 機制，回收部分藥價差利潤」再次說明：

（一）理論上，總額設定應該是專業服務費用與藥物費用獨立分開，當年西醫總額規劃時，係跟著牙醫總額的作法，藥費才 100%優先從一般服務預算扣除，而導致當藥費過度成長時，就會壓縮專業服務費用。因此，提出策略一，以減緩藥費一元以及藥價差對醫療專業服務點值之影響。

（二）策略一雖採藥費申報的折付，但折付的費用是回到專業服務預算，可以提升專業服務點值，透過這機制自動讓藥品利潤回歸專業。簡單說明：現在藥費 1 千 900 億，1%是 19 億，如果折付 1%，整體藥費支出就減少 1%；如果是 3%，就是 57 億元。在專業服務點值就會增加，也可減輕超出 DET 額度，次年藥價調整的壓力。

三、有關社區醫院協會朱理事長益宏所提新藥引進「財務責任」，由於在本論壇開始研議時，健保署業分別委託兩個計畫研究「新藥替代率」的議題，故就未將其納入討論項目。但這議題很重要，也可能影響新藥引進，未來可以建議國衛院在後續的論壇中再納入。

四、今天很多代表提到非本次議題所討論的建議，皆在後續其他會議中討論，例如：

（一）針對建立藥品退場機制、Drug delisting，特別是指示用藥，屬議題二討論範圍。有關再評估(reassessment)機制，目前衛福部業有相關委託計畫在討論如何建立退場機制，也希望空出更多空間，引進新藥。

（二）有關降低 R-zone、INN prescription、成分別訂價或維持廠牌訂價、超過 DET 之藥價調整方式等，以及相關配套措施，將在議題三討論。

（三）另有關部分負擔、是否差額負擔等議題，屬議題四討論項目。

五、感謝各位的建言，大多從整體制度所提建議，包含總體預算的適當性、醫藥分業、改革應從整體制度作考量等。誠如各位所提，藥品給付與支付的改革須從支付制度改革著手，但支付制度改革涉及範圍較廣，討論容易發散，故本論壇從亟須解決的議題著手，透過各界意見交流，尋求共識，期待最終醫療回歸專業，民眾得到最好的效益。